

O ninho da Fênix: sobre as relações objetais de pacientes em transplante cardíaco*

Ana Augusta Maria Pereira**

José Tolentino Rosa***

Resumo

Estudos anteriores demonstram que fatores psicológicos intervêm nos resultados de um transplante cardíaco. Diferem, em seus achados, em função dos paradigmas a que estão vinculados, que incluem ou não o campo intersubjetivo nos quais os fenômenos emergem. Nesta investigação objetivamos descrever o funcionamento mental de pacientes candidatos ao transplante, a partir de suas relações objetais inconscientes, delimitando uma vivência emocional comum nesta situação, bem como, buscamos averiguar se existem diferenças entre os pacientes, em função da realização ou não da cirurgia. Utilizou-se, como procedimento, o Teste de Relações Objetais de H. Phillipson (TRO), aplicado em 63 cardiopatas com indicação ao procedimento. O material clínico proveniente do acompanhamento psicológico destes pacientes também é utilizado para completarmos as observações. Os resultados apontam a presença de indicadores psicopatológicos, de acordo com a classificação de Grassano para depressão clínica em 60 casos. Em dois casos observaram-se indicadores para psicopatia e um caso para funcionamento psicótico, com repercussões negativas sobre o vínculo com o tratamento. Constataram-se diferenças estatisticamente significantes na performance dos pacientes frente às lâminas BG e C2, mas não podemos afirmar que as dificuldades de ajuste perceptual nestas lâminas, mais frequentes entre aqueles que não fazem a cirurgia, seja fator de obstáculo ao procedimento. Sugerimos, como hipótese teórica deste trabalho, a presença de refúgios psíquicos, de acordo com Steiner como estratégia de sobrevivência psíquica, nesta situação, tendo em vista o predomínio, regressivo, de relações de objeto persecutórias, em virtude da extrema ansiedade depressiva. Assim, neste refúgio (ninho da Fênix), o paciente abriga-se da dor da perda (luto pela vida, pelo coração a ser retirado) e da aniquilação (devastação da doença, risco cirúrgico e da imunossupressão), conseguindo enfrentar o processo de transplante cardíaco. Caso contrário, o paciente sucumbe ao quadro depressivo.

Descritores: transplante cardíaco; relações objetais; psicanálise; psicologia da saúde; intervenção terapêutica.

The Phoenix nest: on the object relations of patients in cardiac transplantation

Abstract

Previous studies demonstrate that psychological factors intervene in the results of a cardiac transplant. They differ, in its findings, function of the paradigms the one that are tied, that they include or not it intersubjective field in which the phenomena emerge. In this inquiry we objectify to describe the mental functioning of patient candidates to the transplant, from its relations you object unconscious, delimiting a common emotional experience in this situation, as well as, we search to inquire if differences between the patients exist, in the function accomplishment or not surgery. As main procedure, the Phillipson's Object Relations Test (ORT) was applied to 63 subjects with cardiopathy, and subscribed to the transplant. The clinical material proceeding from the psychological follow-up of these patients also

* Trabalho derivado de parte da tese de doutoramento em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo.

** Doutora em Psicologia Clínica, Curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo. Pesquisadora científica do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia e membro da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo.

***Membro das divisões *Health Psychology* (39) e *Psychoanalytic Psychology* (40) da American Psychological Association; Professor titular da Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia; professor orientador do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista; professor doutor do Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, USP.

is used to complete the comments. The results point the presence of psychopathological symptoms, in accordance with the Grassano classification with respect to clinical depression in 60 cases. In two cases they had observed indicating for psychopath and a case for psychotic functioning, with negative repercussions on the bond with the treatment. Significant differences in the performance of the patients had been evidenced statistical front to the blades BG and C2, but we cannot affirm that the difficulties of perceptual adjustment in these blades, more frequent between that do not make the surgery, either factor of obstacle to the procedure. We suggest, as theoretical hypothesis of this work, the presence of psychic shelters, in accordance with Steiner as strategy of psychic survival, in this situation, in view of the predominance of regressive, of persecutory object relations, and in extreme virtue of depressive anxiety. Thus, in this Phoenix nest shelter, the patient takes shelter from the pain loss (I fight for the life, for a removed heart) and the destruction (the illness devastation, surgical risk and the suppressive immunology), obtaining to face the cardiac transplantation process. In case that contrary, the patient loses to the depressive picture.

Index-terms: cardiac transplant; object relations' theory; psychoanalysis; health psychology; therapeutical intervention.

Le nid de Phoenix : sur les relations d'objet des patients dans processus de transplant cardiaque

Résumé

Des études précédentes démontrent que des facteurs psychologiques interviennent dans le résultat d'un transplant cardiaque. Ils diffèrent, dans leurs trouvailles, en fonction des paradigmes aux lesquels ils sont attachés, ils qui incluent ou non le champ intersubjectif dans lequel les phénomènes émergent. Dans cette recherche, notre objectif est de décrire le fonctionnement mental de patients candidats au transplant, à partir de leurs relations objectales inconscientes, en délimitant une expérience émotionnelle commune dans cette situation, ainsi que chercher à enquêter si existent des différences entre les patients en fonction de la réalisation ou non de la chirurgie. On a utilisé la procédure du Test de Relations Objectales de H. Phillipson (TRO), appliqué sur 63 cardiopathies avec indication à la procédure. Le matériel clinique provenant de l'accompagnement psychologique de ces patients est aussi utilisé pour compléter les commentaires. Les résultats indiquent la présence d'indicateurs psychopathologiques conformes au classement de Grassano pour la dépression clinique dans 60 cas. Dans deux cas, on a observé des indicateurs de psychopathie et un cas de fonctionnement psychotique, avec des répercussions négatives sur le lien avec le traitement. Ont été constatées des différences statistiquement significatives dans la performance des patients devant aux lames BG et C2, mais nous ne pouvons affirmer que les difficultés d'ajustement perceptuel dans ces lames, plus fréquents parmi ceux qui ne font pas la chirurgie, soit facteur d'obstacle à la procédure. Nous suggérons, comme hypothèse théorique de ce travail, la présence d'abris psychiques, conformément à Steiner comme stratégie de survie psychique dans cette situation, en vue de la prédominance, régressive, de relations d'objet persécuteur, en vertu de l'extrême anxiété dépressive. Ainsi, dans cet abri (nid du Phénix), le patient s'abrite de la douleur de la perte (combats pour la vie, pour le coeur à retirer) et de la destruction (dévastation de la maladie, risque chirurgical et immunosuppresseur), en réussissant à affronter au processus de transplant cardiaque. Au cas contraire, le patient succombe au tableau dépressif.

Mots-clés: transplant cardiaque ; relations objectales ; psychanalyse ; psychologie de la santé ; intervention thérapeutique.

El nido de Fénix: sobre las relaciones objetales en trasplante cardiaco

Resumen

Los estudios anteriores demuestran que los factores psicológicos intervienen en los resultados de un trasplante cardiaco. Los resultados se diferencian en función de los paradigmas a los cuales se encuentran vinculados que incluyen o no el campo ínter subjetivo en el cual los fenómenos emergen. En esta investigación fue posible describir el funcionamiento mental de candidatos pacientes al trasplante a partir de sus relaciones objetales inconscientes, delimitando una experiencia emocional común en esta situación, así como, buscamos investigar si existen algunas diferencias entre los pacientes cuando realizan o no la cirugía. Fue aplicada a 63 pacientes la prueba de las relaciones objetales de H. Phillipson (ORT). El material clínico obtenido en la consulta psicológica de estos pacientes también fueron utilizados para completar los comentarios. De acuerdo con la clasificación de Grassano demostró que 60 casos con depresión clínica, apuntaron una

significativa presencia de indicadores psicopatológicos.. En dos casos fueron observados indicadores psicopatológicos y un caso para el funcionamiento psicopático, con repercusiones negativas durante el tratamiento. Se verificó que existen diferencias estadísticamente significativas en el perfil de los pacientes frente a las láminas BG y C2, pero no podemos afirmar las dificultades del ajuste perceptivo en estas láminas, frecuente en pacientes que no realizan cirugías, considerando un factor de obstáculo al procedimiento. Sugerimos, como hipótesis teórica de este trabajo, la presencia de refugios psíquico que de acuerdo con Steiner apunta como estrategia a la supervivencia psíquica. Levando en consideración el predominio regresivo de relaciones persecutorias del objeto en virtud de la extrema ansiedad depresiva. Así, en el refugio de nido de la Fénix, el paciente se protege del dolor de la pérdida (luto por la vida, por el corazón a ser retirado) y la destrucción (la devastación de la enfermedad, el riesgo quirúrgico y la inmunosupresión), consiguiendo enfrentar el proceso de trasplante cardíaco. En caso contrario, el paciente es víctima de un cuadro depresivo.

Descriptor: trasplante cardíaco; teoría de las relaciones del objeto; psicoanálisis; psicología de la salud; intervención terapéutica.

Introdução

O transplante de coração é, nos dias atuais, um dos tratamentos mais complexos disponíveis na medicina, que, talvez, só será superado, no futuro, pela tecnologia das células-tronco. É o recurso que prolonga a vida com qualidade, de pessoas com doença cardíaca em fase avançada, para as quais os tratamentos convencionais já não são suficientes para diminuir o sofrimento, provocado pela piora progressiva dos sintomas.

O avançado conhecimento desenvolvido nas técnicas cirúrgicas, no controle da rejeição, pela eficiência das drogas imunossupressoras e na viabilização e manutenção dos doadores, não diminui o impacto psicológico que uma indicação de transplante provoca no paciente. É necessário tempo e estratégias de defesas mentais para a assimilação psicológica desta realidade, que já se inicia no momento em que a indicação cirúrgica é feita pelo cardiologista e que se materializa na experiência emocional de possuir um órgão (enxerto) implantado e conviver com a fantasia de *outrem* dentro de si.

A identificação de morbidade mental e de fatores psicossociais prévios, que interferem na consecução e resultado deste tipo de procedimento, no sentido de prever a ocorrência futura de distúrbios mentais adversos, risco de abandono de tratamento e prejuízos à sobrevivência e qualidade de vida de transplantados tem sido objeto de pesquisa no campo da psiquiatria e medicina comportamental. Todavia, estas disciplinas não levam em conta o drama que se estabelece no paciente para decidir-se sobre a cirurgia, entre o desejo de manter-se vivo, ao mesmo tempo em que é requisitado para submeter-se a uma situação de risco assistido, numa cirurgia com uma simbologia particular: de morte e de renascimento (Chacko, 1996; Dew, 1994; Fiorini, 1978; Gotzmann, 2004; Grandi, 2001; Grassano, 1996; Khun, 1990, 1998; Levenson & Olbrisch, 1991, 1993; R.A. Maricle, 1991; R.A. Maricle, Burt, & Hosenpud, 1991).

Em trabalhos anteriores descrevemos modalidades de vínculo relacional-emocional ao transplante, na fase de indicação do procedimento e sua correlação com a sobrevivência destes pacientes, delineando fatores psicológicos de risco, ao longo do processo, considerando-se o caráter dinâmico, mutável e contraditório, a um só tempo, do funcionamento mental, procurando obter diagnósticos situacionais, ajustados à condição de sofrimento mental dessas pessoas, fornecendo subsídios para atuação clínica em psicologia com esta população (Pereira, 2000a, 2000b, 2006; Pereira & Rosa, 1998; Pereira, Rosa, & Haddad, 2002)

Dentre estes resultados destaca-se a idéia presente, entre os pacientes com melhor adaptação psicológica ao transplante, de que deviam realizar a cirurgia enquanto «*estivessem bem*», apoiados na percepção realista de que as demais funções corporais estavam preservadas e que o controle dos sintomas da insuficiência cardíaca estava no limite máximo, que poderia ser obtido pela medicação. Notadamente, esta conduta diferia daqueles que se apoiavam nesta mesma idéia para negarem uma tomada de decisão favorável à realização deste tipo de procedimento. A diferença destas condutas parecia associar-se a um tipo de organização mental, qualitativamente diferente do que o simples predomínio de negação, como estratégia de defesa egoíca.

Encontramos, no campo psicanalítico, na teoria de refúgios psíquicos de John Steiner (1997), um modelo explicativo possível para este tipo de funcionamento mental, como hipótese teórica para a compreensão desta situação.

Steiner (1997) apóia-se no conceito freudiano de fetichismo, como posição transitória, na qual o sujeito, diante da angústia excessiva, da castração e da diferença sexual mantém duas versões contraditórias da realidade cindidas e coexistentes, a que nega e a que aceita, pelo horror que desperta. Esta posição de refúgio poderia

servir como estratégia temporária de sobrevivência psíquica, para lidar com outras situações traumáticas, tais como a perspectiva da morte.

Este modo especial de lidar com a realidade pressupõe, ainda, um modo de relação de objeto, no qual o indivíduo sente-se protegido por objetos internos idealizados e poderosos. Bianchi (1996), num outro prisma teórico, discutindo as questões concernentes à velhice e à morte aponta uma condição semelhante, de um *eu* incólume, diante das catástrofes do fim.

Transpondo este modelo para a situação que pretendemos estudar, a questão que se coloca é que, como estratégia de sobrevivência psíquica, o candidato a transplante abrigar-se-ia neste refúgio psíquico, onde se manteria, temporariamente, a salvo de intensas ansiedades persecutórias e depressivas.

Neste refúgio, tal qual a ave Fênix, o paciente viveria duas verdades simultâneas: a da morte e a do renascimento. Ao mesmo tempo em que a situação requisita a elaboração do luto pelo fim da vida, diante da constatação dos estágios finais da doença cardíaca, condição *sine qua non* para aceitar-se o transplante, reivindica um encobrimento da verdade da morte, na medida em que o transplante se coloca como possibilidade de renascimento.

Objetivos

Objetivamos, neste estudo, conhecer o funcionamento mental de candidatos ao transplante cardíaco, a partir de suas relações objetais inconscientes e delimitar uma vivência emocional particular frente à situação. É nossa intenção testar nossa hipótese de que, nesta situação, os pacientes lançam mão dos refúgios psíquicos, conforme proposição de J. Steiner.

Considerando-se ser possível atingir aos dois objetivos anteriormente definidos, acreditamos, a partir disso, distinguir diferenças psicológicas, entre os pacientes que realizam o transplante, daqueles que não o fazem, identificando fatores psicológicos de risco, que podem levar o paciente ao ajustamento ou à falência de sua capacidade adaptativa na situação.

Amostra

A amostra foi constituída de 62 pacientes adultos e 01 adolescente, seqüenciais, candidatos ao transplante cardíaco, no Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, da Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo.

A idade dos pacientes adultos variou de 23 a 65 anos; o adolescente tinha 16 anos. A maioria (N=49) era

do sexo masculino.

Os pacientes foram subdivididos em dois grupos: no primeiro deles incluíram-se os pacientes que não fizeram o transplante cardíaco (Grupo A) e no segundo grupo aqueles que realizaram a cirurgia para serem transplantados (Grupo B).

O tempo de observação e coleta de dados abrangeu desde a indicação do transplante até seis meses após a realização da cirurgia.

Método

O *Teste de Relações Objetais (TRO)*, de H. Phillipson (1955) foi aplicado no início do processo de atendimento psicológico, pela autora do trabalho. Os encontros com estes pacientes estavam subordinados ao pensamento clínico tradicional, para apreensão da dinâmica intrapsíquica e delimitação de alguma possível dificuldade emocional, que pudesse tolher o paciente frente à situação. Estavam, também, orientados pelas recomendações da psicologia clínica preventiva de Ryad (Simon, 1986) e da psicoterapia breve de orientação psicanalítica (Fiorini, 1978), considerando-se o momento de crise; o enquadre hospitalar; o encaminhamento obrigatório do paciente para avaliação psicológica, tornando necessária uma transformação do caráter estrito psicodiagnóstico, demandado pela equipe médica, num espaço terapêutico, para que o paciente possa expressar seu sofrimento emocional e ser acolhido.

De modo geral, à medida que o paciente trazia suas experiências pessoais e relacionais, atreladas ao relato histórico de sua enfermidade cardíaca e tratamento médico, procurávamos delimitar um foco, unificando as questões atualizadas na situação de transplante às dificuldades emocionais prévias, prevenindo a repetição de condutas conflitivas ou estereotipadas, que podiam ser transferidas para o vínculo com o tratamento e com a equipe que assistia ao paciente no programa de transplante cardíaco.

O número de encontros com o paciente foi variável, dependendo de seu engajamento no acompanhamento psicológico e sobrevida.

O TRO não foi utilizado no atendimento como teste em seu sentido restrito, mas como técnica projetiva para que o interesse e a expressão do mundo mental do paciente pudesse ser ampliado, além do que podia ser verbalizado, durante o acompanhamento psicológico no hospital, uma vez que, a ausculta dos sentimentos, reações emocionais e atitudes destes pacientes é difícil, conforme já demonstramos em trabalhos anteriores^{13,14,15,16,17}.

Respeitou-se a liberdade do paciente em não aceitar

participar do TRO. Isto ocorreu em dois casos que não foram incluídos no estudo.

A análise das pranchas para atingir os objetivos deste estudo só foi feita depois do desfecho¹ do tratamento, de tal sorte que ela não interferisse no curso dos acontecimentos. Conduzíamos-nos apenas com a experiência já adquirida, uma vez que os resultados que poderiam fornecer novos parâmetros de conhecimento, ainda estariam sendo processados.

O Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi entregue ao paciente (ou ao seu familiar em caso de óbito), depois do desfecho do tratamento, considerando-se todos os preceitos de sigilo, não obrigatoriedade e autorização para publicação dos dados. Tomou-se esta precaução para que o consentimento do paciente só fosse solicitado após o desfecho do tratamento, para que não se corresse o risco, mesmo que na fantasia do paciente, de ficar atrelado a qualquer decisão sobre a cirurgia deste, uma vez que ela é eletiva.

Resultados e Discussão

Houve muita dificuldade para a realização do TRO. Foi necessário incentivar cada paciente, a todo o momento, para que ele não desistisse da narrativa das histórias. Além disso, a preocupação com um possível resultado negativo, que pudesse ser prejudicial à realização do transplante, manteve-se no clima emocional do encontro, nem sempre de maneira velada: “Quanta coisa, melhor não falar, você vai me tirar da fila”. No encontro subsequente ao teste perguntavam se haviam passado, se estavam realmente loucos. No atendimento psicológico era exigido muito mais que se amenizasse essa persecutoriedade à técnica empregada, do que propriamente ao seu conteúdo revelado.

De modo geral houve uma performance homogênea entre os pacientes, em ambos os grupos. Estes pacientes não diferiam substancialmente *no que e como* contavam as histórias ao TRO.

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas na performance dos pacientes frente às lâminas BG e C2, sendo que no grupo A, daqueles que não realizaram a cirurgia o comprometimento na narrativa era mais freqüente que no grupo B. Todavia, não podemos afirmar que as dificuldades de ajuste perceptual fossem um fator de obstáculo ao procedimento, uma vez que também foram encontrados em casos transplantados e bem sucedidos após a cirurgia.

Frente à lâmina BG, os pacientes do grupo A omitiam, com mais freqüência, o personagem que está só à porta ou o grupo que está no interior do ambiente, transformando uma situação grupal numa de dois personagens. Nossa interpretação para esta omissão perceptual é de rejeição à indicação de transplante (não estão à porta para entrar), quer porque não se sentiam capazes para fazê-lo, quer porque projetavam sua agressão neste continente, convertendo-o em perseguidor (apagamento perceptual do grupo).

Caso 1 – É uma capela? Essa pessoa estava entrando na capela. Eu queria saber o que ela ia fazer. Só. (omissão do grupo)

Caso 2 – Aqui parece a porta de uma igreja, com várias pessoas. São cinco pessoas, aguardando a hora de entrar e fazer suas orações. Pedir proteção a Deus que hoje é o que a gente mais precisa. (omissão do personagem à porta)

A lâmina C2 evoca o futuro e, diante dela, os pacientes do grupo A bloqueavam-se mais freqüentemente. A resposta de bloqueio frente ao teste indica a paralisação do ego, em relação à reparação e criatividade, expressão de desânimo e impotência. Sugere-se que, nestes casos, a perspectiva de sucesso no transplante já era dada como fracassada, a equipe nada podia fazer.

Caso 3 – Ah! (faz careta). Não dá para descobrir. Parece um velhinho... não dá... parece uma cama... não dá para falar. Está muito feio.

Frente à lâmina A1 fez-se notar uma característica importante nas narrativas, presente homogeneamente nos dois grupos, pela adição de um personagem que, no geral, mantinha um vínculo positivo com o outro personagem. A busca de objetos protetores para não ficar sozinho, numa situação de ameaça real à vida pode manter a esperança destes pacientes. A fantasia de cura nesses casos prevê a inclusão de uma outra pessoa, o que é condizente com a situação, visto que para o transplante é necessário *outrem* – o doador. Trata-se, ainda, de ser capaz de criar, num segundo personagem, um continente acolhedor, para poder suportar a angústia.

Caso 4 – Aparentemente, vejo uma pessoa adulta e parece que está com outra ao lado; pode ser uma criança. Estão à margem de um rio e observam uma cachoeira, as águas

¹ Desfecho de tratamento:- realização da cirurgia, óbito; melhora clínica e postergação da cirurgia, não inclusão no programa de transplante por comorbidade clínica e falta de condições sócio-econômicas mínimas.

correndo. Acho que ele deve falar à criança, a contemplação e a paisagem, explicando o sentido da vida, da natureza. É isso.

Vale lembrar que nem sempre a relação foi amistosa com o segundo objeto criado, mas sim promotora de persecutoriedade, abandono, submissão e confusão, o que repercutia no vínculo com o tratamento e decisão sobre a cirurgia. De modo geral, em todas as lâminas, prevaleceram relações de objeto de caráter persecutório e/ou depressivo. Ilustramos abaixo, um paciente cuja culpa persecutória e história pregressa de alcoolismo infundia nele uma crença sobre sua falta de merecimento para obter os benefícios que poderiam vir de um transplante.

Caso 5 (Lâmina A1)- Uma pessoa em pé. Ele veio lá do fundo. Um homem pensativo. Sobre? Não responde. Parece outra pessoa deitada. O que faz? Está se escondendo de alguma coisa. O que seria? Do outro homem em pé. Por que? Vergonha de se aparecer. Que tipo de homem ele é? Um homem ruim, só. No futuro, o que vai acontecer? Quem sabe podem se tornar amigos e ter uma amizade.

Os pacientes, em ambos os grupos, apresentaram indicadores formais de depressão, de acordo com a classificação de Elsa Grassano para o teste: produções empobrecidas de dramaticidade, imaginação, simbolismo, controle da fantasia, estereotipia de temas, poucas associações e um padrão descritivo e pontual, do conteúdo formal percebido nas pranchas (Grassano, 1996; Rosa, 2005a, 2005b,). O relato na primeira pessoa foi outro indicador de depressão encontrado no material estudado.

A situação de crise na qual o ego estava submerso revelava-se, ainda, na falta de causalidade, desenvolvimento e desfecho nas histórias. Assim, não havia um passado e o futuro tinha que ser inquirido com insistência. Viver só um presente imóvel parecia, também, ter um valor defensivo para não pensar na morte e estancar a vivência de finitude, anunciada pelo avanço progressivo da doença cardíaca.

Havia pouca ou nenhuma comunicação entre os personagens, a natureza do vínculo frequentemente não era mencionada, tampouco as diferenças de caracteres sexuais e geracionais. Esta retirada para um universo narcisista, em que a distinção entre o bom e o mau, o amor e o ódio, diferenças sexuais e entre gerações também são apontadas por John Steiner como solução de compromisso para evitar manifestações psicóticas diante

dos fatos penosos da vida (Steiner, 1997). Em nosso material, as dificuldades de produção nas lâminas de três personagens, de grupo e o bloqueio afetivo nas lâminas coloridas indicam esta mesma fuga.

A questão que se coloca é como, dado o comprometimento psicológico destas pessoas, um percentual delas consegue sobrepujar as dificuldades, realizar com sucesso o transplante e, até mesmo, obter melhora clínica sem o procedimento, adiando-o para um futuro não datado.

Encontramos diferenças no estilo de produção das histórias que mereceram nossa atenção. Havia, basicamente, três tipos de narrativa, entre as 819 lâminas analisadas. Tomamos aqui a lâmina A1, como exemplo ilustrativo em três casos.

Estilo contemplativo – Vejo um homem parado, braços cruzados, no meio de um redemoinho. Está parado, olhando ele passar. O que aconteceu? Estava observando algo e um redemoinho passou por ele. Final? O redemoinho passa. E o homem? Continua observando.

Estilo religioso – No claro a imagem de Jesus. O outro ajoelhado também olhando. O que aconteceu? Estão no infinito, nas nuvens, contemplando a imagem, orando. Todos nas nuvens. No final? Meditam sobre o dia, como eu oro todo dia. O que pedem? Um dia melhor, um futuro melhor, se tiver fé vão conseguir.

Estilo trágico – Um casal numa fonte, olhando o chafariz. Vieram do interior e foram passear num domingo. Futuro? Um dia eles vão morrer é só isso.

Sugerimos que os pacientes que optavam pelo estilo contemplativo e religioso encontravam-se abrigados nos refúgios psíquicos, a salvo e dependentes de bons objetos internos, protegidos da realidade da perda da saúde e dos anos de vida que poderiam não vir, ao mesmo tempo em que observavam a devastação ocorrendo, como um espectador externo. A análise sequencial destes casos mostrou que a estratégia foi benéfica para o alcance do transplante.

O mesmo não ocorreu com os pacientes nos quais prevaleceu o estilo trágico, que fracassavam com mais frequência, para engajarem-se no tratamento e sobreviver durante o período de espera pelo doador e após a cirurgia.

Uma vez que ansiedades persecutórias e depressivas e sua contrapartida defensiva predominavam no mundo mental destes pacientes, outro fator diferencial revelou-se de importância clínica – o manejo da culpa. A negação da culpa pareceu ser adequada para que o paciente mantivesse a ilusão de proteção encontrada no refúgio de forma

benigna. De acordo com Grassano (1996), no mundo interno, a salvo e protegido por objetos idealizados, o indivíduo não precisa lidar com a culpa e a vergonha pelos danos causados. Esta característica salva o indivíduo de estados afetivos dolorosos.

Diferentemente desta possibilidade, duas outras modalidades de manejo puderam ser observadas. Na primeira, a incapacidade de pensar sobre a natureza de sua culpa transformava-se em ódio, arrogância, frieza e crueldade. Isto predominou nas narrativas de dois casos que foram a óbito, após a cirurgia, depois de romperem a aliança terapêutica com a equipe, através de falhas no autocuidado e repúdio ao transplante realizado. As produções ao TRO destes dois pacientes foram atípicas quando comparadas ao da amostra estudada e mostraram-se como indicativas de personalidades com uma organização defensiva psicopática.

Na segunda, os aspectos cruéis e punitivos do superego levavam o paciente à crença de falta de merecimento. Ilustramos abaixo estes aspectos comentados.

Lâmina B2 (predomínio da frieza e crueldade) – *Vejo uma árvore, um castelo e duas pessoas à espera de alguém, embaixo da árvore. Quem vai chegar? As pessoas que moram na casa. E assim passou a noite e a pessoa esperada não apareceu. Por que? Aí descobriram que estavam dentro da casa. Tinham morrido envenenados e até hoje ninguém sabe qual o fundamento.*

Lâmina A1 (predomínio da crueldade do superego) – *É um homem. Parece alguém sentado em volta. A que está sentada pede ajuda. Ele está decidindo se ajuda ou não. Ela fala algo para ele. Ele está pensando se vai ajudar ou não. No final? Acho que ele não vai ajudar. Por que? Pela maneira que está de pé, não se curvou ou agachou para ouvir a pessoa. Ele está de braços cruzados.*

Lâmina B3 (negação da culpa) – *Nota-se um casal, conversando e sendo observado por uma terceira pessoa. Quase uma espreita, não está definido o que faz. Observa os outros, quase numa escuta. Espreita? Uma conversa sigilosa, o casal conversa com tranquilidade. Pelo aspecto da terceira pessoa, escuta, revela uma maldade. O claro do casal revela que não têm nada a esconder*

Steiner (1997) vai nomear o refúgio psíquico, quando trata da perspectiva de finitude, de uma perversão romântica da realidade do tempo, na medida em que se trata de um estado da mente que cria uma terceira realidade, que leva a um mundo de idealizações, em que as

coisas boas continuam para sempre.

Esta loucura transitória deverá ceder, depois da realização da cirurgia e, de fato, isto tende a ocorrer: as intercorrências médicas parecem favorecer a saída do refúgio, após a cirurgia. Aos poucos, o paciente vai integrando esta nova realidade, que possui seus aspectos bons e maus e a aceitar que nem tudo está sob seu controle – ele continua sendo mortal, lidar com a perda é inevitável. Ele precisa aceitar o fato de que sua sobrevivência depende de um objeto que não se originou dentro dele – o enxerto, e que este bom objeto não é perfeito, daí a necessidade do permanente acompanhamento médico.

A explicação de Goetzmann (2004) de que o paciente transplantado assimilaria o órgão e o doador como objetos transicionais, à luz do pensamento winnicottiano²⁵ se aproximaria desta situação que explanamos. Completamos que este espaço de ilusão não está localizado apenas no pós-operatório, com a materialidade do enxerto, mas presente antes, para dar conta das duas realidades de que falamos na área de refúgio – a da morte e do renascimento.

Quanto à adesão ao tratamento medicamentoso ou possíveis falhas de autocuidado devemos lembrar que a própria concepção de refúgio psíquico, em outras situações da clínica psicanalítica remete à idéia de um funcionamento mental deficitário, no qual o indivíduo não pode usar plenamente de suas emoções e afetos para pensar. Na amostra estudada a omissão da cor na série C, independente do grupo, respalda esta observação. Além disso, o comprometimento orgânico aliado ao excesso de ansiedade nestes pacientes pode diminuir sua capacidade de compreensão e de tomada de decisão, minando os esforços do paciente para atender o grau de exigência emocional que é solicitado pelo protocolo médico.

Conclusão

Constataram-se evidências de que os pacientes cardiopatas, frente à indicação de um transplante cardíaco apresentam um funcionamento mental depressivo, no qual abrigam tanto ansiedades depressivas, como persecutórias, apresentando relações de objeto típicas destas duas modalidades. O quadro apresenta-se como inexorável, pela constatação do risco de morte iminente, cuja resolução nunca será completa; pode ser potencializado por dificuldades emocionais pregressas, mas, sobretudo alterado pela indicação de um transplante cardíaco que encobre a realidade da morte.

Como estratégia de sobrevivência a hipótese destes pacientes abrigarem-se num estado mental de refúgio, no

qual observam à distância, ou protegidos por objetos religiosos deste sofrimento emocional parece plausível como medida de adaptação, desde que temporária até garantir-se a sobrevivência física, como no caso do mito da Fênix (Hulak S. & Lederman, 1992).

Salvo os casos destacados como atípicos e mal sucedidos no processo, nos quais a aliança terapêutica não foi possível, nós podemos afirmar que a maioria das pessoas, mesmo afetadas psiquicamente e, como o devido apoio familiar e assistencial têm condições de ultrapassar as dificuldades inerentes ao transplante cardíaco.

A riqueza do procedimento utilizado parece estar na expressão emocional que ele favorece, levando inclusive a uma mudança positiva na condição clínica de alguns casos, que melhoram e se afastam temporariamente da fase de indicação de transplante. Sem dúvida, no futuro, merece ser estudado como diagnóstico interventivo.

Referências

- Blanchi, H. (1996). *O eu e o tempo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Chacko, R. C. (1996). Psychiatric interview and psychometric predictors of cardiac transplant survival. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1607-1612.
- Dew, M. A. (1994). Psychosocial predictors of vulnerability to distress in the year following heart transplantation. *Psychological Medicine*, 24(929-945).
- Fiorini, H. J. (1978). *Teoria e Técnicas de Psicoterapias* (C. Sussekind, Trans. 2ª ed.). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Gotzmann, L. (2004). «Is it me, or isn't it?» - transplanted organs and their donors as transitional objects. *The American Journal of Psychiatry*, 64(3), 279-289.
- Grandi, S. (2001). Psychological evaluation after cardiac transplantation: the integration of different criteria. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(176-183).
- Grassano, E. N. (1996). *Indicadores Psicopatológicos nas Técnicas Projetivas* (L. S. L. P. C. Tardivo, trad.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hulak, S. & Lederman, G. (1992). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre, RS: ArtMed.
- Khun, W. F. (1990). Psychiatric distress during stages of the heart transplant protocol. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 9, 314-323.
- Khun, W. F. (1998). Psychopathology in heart transplant candidates. *The Journal of Heart and Lung Transplantation*, 7, 223-226.
- Levenson, J. L., & Olbrisch, M. E. (1991). Psychosocial evaluation of heart transplant candidates: an international survey of process, criteria and outcomes. *The Journal of Heart and Lung Transplant*, 10(6), 948-955.
- Levenson, J. L., & Olbrisch, M. E. (1993). Psychosocial evaluation of organ transplant candidates: a comparative survey of process, criteria and outcomes in heart, liver and Kidney transplantation. *Psychosomatics*, 34, 314-327.
- Maricle, R. A. (1991). The lack of predictive value of preoperative psychologic distress for postoperative medical outcome in heart transplant recipients. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 10, 942-947.
- Maricle, R. A., Burt, A. R., & Hosenpud, J. D. (1991). Correlations of cardiac function and SCL-90-R in heart transplantation candidates. *International Journal of Psychiatric Medicine*, 21, 127-134.
- McKinney, M., & Leary, K. (1999). Integrating quantitative and qualitative methods to study multifetal pregnancy reduction. *J Womens Health*, 8(2), 259-268.
- Pereira, A. A. M. (2000). *Configurações vinculares em candidatos a transplante cardíaco*. USP, São Paulo.
- Pereira, A. A. M. (2000). Considerações éticas sobre papel dos profissionais de saúde mental que atuam junto a centros de transplante cardíaco. *Mudanças - Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 8, 59-71.
- Pereira, A. A. M. (2006). *Transplante Cardíaco - O Ninho da Fênix. Um estudo sobre as relações objetais de pacientes em processo de transplante cardíaco*. Unpublished Doutorado, Instituto de Psicologia, USP, São Paulo.
- Pereira, A. A. M., & Rosa, J. T. (1998). Abuso de bebida alcoólica em cardíacos: fatores psicológicos para inclusão no programa de transplante cardíaco. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 8(Suplem 6A), 1-9.
- Pereira, A. A. M., Rosa, J. T., & Haddad, N. (2002). Adaptação psicológica, fatores de risco e probabilidade de sobrevida em transplante cardíaco. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 10(1), 41-61.
- Pereira, A. A. M., Rosa, J. T., & Haddad, N. (2002). Dificuldades psicológicas para o processo de incorporação do coração transplantado: repercussões sobre a vinculação do paciente ao programa de transplante cardíaco. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, Suplem 2A*, 8-13.
- Phillipson, H. (1981). *Test de Relaciones Objetales*. Buenos Aires: Paidós.
- Phipps, L. (1997). Psychiatric evaluation and outcomes in candidates for heart transplantation. *Clinical Investigation of Medicine*, 20, 388-395.
- Rosa, J.T. & Silva, J.C.V.V.V (2005a). *Atualizações clínicas do Teste de Relações Objetais de Phillipson*. São Paulo: Vetor Editora.
- Rosa, J.T. & Silva, J.C.V.V.V (2005b). *Desenvolvimentos na prática clínica com o Teste de Phillipson*. São Paulo: Vetor Editora.
- Simon, R. (1986). *Psicologia Clínica Preventiva: novos fundamentos*. São Paulo: EPU.
- Skotzko, C. E. (1999). Psychiatric disorders and outcome following cardiac transplantation. *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 18(952-956).
- Steiner, J. (1997). *Refúgios Psíquicos - Organizações Patológicas em Pacientes Psicóticos, Neuróticos e Fronteiriços*. São Paulo: Imago.
- Vaisberb, T.M.J.A. & Machado, M.C.L. Structural diagnosis of personality in psychoanalytical psychopathology. *Psicol. USP* [online]. 2000, vol. 11, no. 1 [cited 2008-02-06], pp. 29-48. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-6564. doi: 10.1590/S0103-65642000000100003
- Winnicott, D. W. (1951-1993). Objetos transicionais e fenômeno transicional. In D. W. Winnicott (Ed.), *Textos Selecionados - Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Recebido pela Comissão Editorial em 22/3/07 e aprovado para publicação em 26/7/07.